

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

80

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ROUAH Francis, Hubert, Gaston,

né le 13 Février 1941, à Oran.

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉGULATION DE LA CONCEPTION :
BILAN D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELLOCQUE (Paris).**

Président : Mr. LEPAGE, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6°)
1970





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

En témoignage de mon
profond attachement et
de ma reconnaissance.



A MA FEMME,

A MON FILS,

dont la tendresse n'a
jamais failli tout au
long de mes études ;
qu'ils trouvent ici le
témoignage de mon amour.

A MON FRÈRE, le Docteur Gérard ROUAH,
Stomatologiste.

A MA SOEUR Danièle.

En témoignage de mon affection.

A MES BEAUX-PARENTS

pour leur exprimer mon
attachement.

A TOUS MES PARENTS

A Monsieur le Professeur L E P A G E

Professeur de Clinique obstétricale,
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Il nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

En témoignage de notre
admiration et pour le
remercier de l'accueil
qu'il nous a réservé dans
son Service.

Au Professeur Agrégé Claude SUREAU,

qui nous a inspiré cette
thèse ;

qu'il trouve ici le témoi-
gnage de notre gratitude
pour la gentillesse et la
simplicité avec lesquelles
il nous a enseigné l'obsté-
trique.

A Madame le Docteur MENKES,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté,
Gynécologue-Accoucheur

Elle nous a initié à la
contraception.

Nous tenons à la remercier
pour sa gentillesse et pour
ses précieux conseils.

Qu'elle trouve ici l'expres-
sion de notre reconnaissance
et de notre sympathie.

A M E S M A Î T R E S

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE PARIS

Toute ma gratitude et mon
respectueux hommage.

A MON AMI, Claude LÉGER,
Externe des Hôpitaux de Paris.

A TOUS MES AMIS.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉGULATION DE LA CONCEPTION :

BILAN D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELLOCQUE (Paris).

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE
LABORATOIRE D'OBSTÉTRIQUE
ET GYNÉCOLOGIE
PARIS
1968

On a dit que l'avortement a remplacé l'infanticide.

Persuadé que la liberté de la conception, offerte à chaque couple conscient, est une des meilleures façons de lutter contre l'avortement provoqué, il nous a paru utile d'entreprendre ce travail.

"C'est pour tout médecin un devoir de prévenir les grossesses dangereuses pour la santé, comme c'est un devoir, par exemple, de prévenir les maladies infectieuses par la vaccination." (HERVET)

Les techniques et les indications médicales de la contraception sont précisément l'objet de cette étude.

INTRODUCTION

Donner une définition de la régulation de la conception n'est pas chose aisée. Disons que, prise dans le sens exclusif, la régulation de la conception est tout ce qui permet l'espacement des naissances.

"La contraception est l'action qui s'oppose à la conception, c'est-à-dire à la formation de l'oeuf" (HERVET)

Cette régulation pose de multiples problèmes : légaux, religieux, médicaux et médico-sociaux. C'est pour faire face aux problèmes médicaux et médico-sociaux que pose cette régulation qu'il a été créé, il y a deux ans, à la Clinique obstétricale Baudelocque (Service de Monsieur le Professeur LEPAGE), une Consultation spécialisée.

Longtemps, en France, la contraception, confondue avec la propagande anticonceptionnelle, a été interdite. En effet, une loi votée le 31 Juillet 1920 (articles 3 et 4) déclare :

"Sera puni d'un à six mois de prison et d'une amende de cent à cinq mille francs quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse ou encore de faciliter l'usage de ces procédés."

Il convient cependant de remarquer que, si cette loi punit la propagande anticonceptionnelle, elle n'empêche pas le médecin de conseiller, dans

chaque cas particulier où il l'estime nécessaire, un espacement des naissances et de donner, à titre personnel, des conseils sur les méthodes à employer. Ceci a d'ailleurs été bien compris par les médecins.

Cependant, la loi de 1920 rend très difficile toute information publique comprenant une étude complète des problèmes conjugaux et l'enseignement des méthodes qui visent à l'espacement des naissances. Des centres ouverts se sont donc constitués en sociétés privées. C'est ainsi que, dès 1956, il s'est créé en France une association adoptant le titre de "Planing Familial".

Mais en Juillet 1967, la proposition de loi "concernant la régulation des naissances et des contraceptifs" (loi Neuwirth), que l'Assemblée Nationale a adoptée, abroge les articles de la loi de 1920, tout au moins en matière de contraception. Le nouveau texte, s'il ne permet pas désormais que la vente et l'usage des contraceptifs soient libres, admet qu'ils soient autorisés, afin d'être réglementés de façon efficace. La loi continue d'interdire sous sanction pénale toute propagande antinataliste. De plus, le texte de la loi renvoie au règlement d'administration publique le soin de déterminer les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément par le Ministère des Affaires Sociales des centres de planification ou d'éducation familiale existants. Ces centres et établissements, ainsi que les associations familiales et toutes autres associations habilitées à cet effet, assureront l'information relative aux divers problèmes de la vie du couple et de la contraception.

Un tel centre a fait l'objet de notre étude : il s'agit de la Consultation spécialisée qui fonctionne régulièrement à la Clinique obstétricale BAU-DELOCQUE.

Le médecin est actuellement confronté tous les jours avec les problèmes techniques, psychologiques

et moraux que pose la prescription d'une méthode de contraception.

C'est volontairement que nous nous sommes limité aux problèmes techniques.

L'étude de 307 dossiers nous a permis de réaliser le travail où nous nous sommes efforcé de préciser :

- les différentes techniques qui ont été utilisées en fonction du problème posé par chaque femme et par chaque couple ;

- les résultats de deux années de contraception.

LES INDICATIONS D'UNE CONTRACEPTION

Il est des indications d'ordre incontestablement médical qui sont les maladies générales graves : néphropathies, cardiopathies, hémopathies, maladies psychiatriques, bref, tous les états pathologiques contre-indiquant chez une femme la survenue d'une grossesse qui pourrait mettre sa vie en danger. En particulier, nous avons souvent eu à proposer une méthode contraceptive à des femmes dont les enfants avaient fait un accident d'incompatibilité Rhésus.

Il y a ensuite les indications aux frontières des précédentes :

- grandes multipares vivant souvent dans de mauvaises conditions socio-économiques, souvent aux confins de la misère physiologique ;

- obèses diabétiques, femmes porteuses de varices importantes ;

- multipares qui avaient subi une opération césarienne.

Il est aussi des indications prophylactiques chez les malades à fort potentiel psycho-pathologique lié à la grossesse.

Restent enfin les indications dites "de convenance", points chauds du problème actuel de la régulation des naissances et causes de la vaste polémique. Nous préférons ne pas nous y étendre.

LA CONSULTATION SPÉCIALISÉE

Cette consultation fonctionne au sein de la Consultation de Gynécologie de la Clinique obstétricale. En principe, les femmes ou les couples sont reçus sur rendez-vous, une fois par semaine, par un médecin, gynécologue-accoucheur averti tout particulièrement des problèmes techniques et psychologiques posés par la contraception.

Le but de cette consultation est de répondre à la demande : des médecins du Service, des médecins correspondants non spécialisés et bien souvent embarrassés en matière de contraception, des spécialistes divers qui posent une indication de contraception pour des maladies générales graves (cardiopathies, problèmes de Rhésus en particulier), enfin des femmes ou des couples eux-mêmes très souvent après un accouchement dans le Service.

Il s'agit d'une consultation bien spécialisée : en effet, il n'existe pas une méthode contraceptive, mais des méthodes ; il n'existe pas une "pilule", mais des "pilules". Le problème n'est pas toujours simple. Il va falloir, au mieux de l'intérêt de la femme, déterminer, en fonction d'un cas qui est toujours un cas particulier, la méthode contraceptive à employer.

L'examen préalable de chaque femme a pour but de dépister les contre-indications de telle ou telle méthode. Nous y attachons une très grande importance.

Cet examen est d'autant plus nécessaire que les femmes qui entreprennent les traitements anti-conceptionnels les entreprennent en général pour plusieurs années. Il serait, en effet, extrêmement fâcheux de prescrire de tels traitements sans avoir réalisé cet ou éventuellement ces examens. Des cancers du col, utérin, du sein ont été découverts chez des femmes qui n'en présentaient aucun des signes et qui venaient simplement demander une méthode de contraception.

Ces points sont soulignés dès le premier contact avec la patiente. Il lui est demandé d'exposer son problème et si elle a quelques idées sur la méthode qu'elle désirerait employer. Il sera tenu compte de ce choix. Il lui est expliqué qu'aucune méthode n'est efficace à cent pour cent, qu'il existe des échecs même avec des traitements faits correctement et qu'une surveillance et un contrôle périodiques sont nécessaires.

La première consultation se déroule selon le plan suivant :

- D'abord un interrogatoire approfondi, qui se veut à la fois discret et précis. Il s'adresse à une femme ou à un couple qui va avoir à exposer, souvent à un inconnu, des détails les plus intimes de sa vie personnelle. Un interrogatoire prolongé et minutieux permettra de gagner du temps au cours d'un examen clinique toujours plus ou moins difficile.

Il portera, outre sur l'appareil génital : caractère du cycle menstruel, existence éventuelle d'un trouble dominant, antécédents obstétricaux et gynécologiques, sur les antécédents généraux : recherche de maladies diverses, en insistant sur ictère, troubles circulatoires (antécédents thrombo-emboliques), troubles psychiques, obésité, diabète, hyperlipémie.

- Puis, examen physique qui se veut complet: gynécologique et général.

. L'examen gynécologique doit se faire évidemment vessie vidée. Il comprend une inspection et une palpation de l'abdomen, ainsi que l'examen des seins. L'examen des seins est ici très important : il apprécie le degré de développement mammaire, la tonicité de la poitrine, et recherche surtout la présence éventuelle d'une masse dont la découverte devrait mettre en oeuvre toute la série d'investigations paracliniques.

Vulve et périnée seront examinés, à la recherche d'une anomalie, notamment d'un prolapsus.

L'examen au spéculum permettra, en plus de l'inspection du col et du vagin, des frottis de dépistage du cancer (exocol et endocol) faits systématiquement quel que soit l'âge de la patiente, des frottis vaginaux (prélèvement de pertes), une thérapeutique appropriée (électrocoagulation du col, ...), voire une colposcopie, un test de Schiller, une biopsie.

Le toucher vaginal apprécie col, corps utérins, culs-de-sac vaginaux et annexes.

Quelquefois, une réaction biologique est demandée pour éliminer avec certitude un début de grossesse.

. L'examen général comprend notamment la pesée, la prise de la tension artérielle et l'inspection des deux membres inférieurs (recherche de troubles circulatoires, varices importantes surtout).

A l'issue de cet examen clinique, chaque patiente posant un problème particulier, elle devra, selon son état de santé et ses antécédents, faire l'objet d'examens appropriés, suivis d'un traitement : désinfection cervico-vaginale, etc...

C'est seulement une fois en possession de tout le bilan que sera instituée la thérapeutique anticonceptionnelle. Nous verrons, à propos de chaque métho-

de, la discussion des modalités qui en fixent le choix.

Signalons, pour terminer ce chapitre, à quel point la contraception en général est un excellent prétexte pour la surveillance gynécologique des femmes.

LES TECHNIQUES UTILISÉES

Les trois techniques les plus généralement utilisées font l'objet de notre étude.

Il s'agit :

- de la contraception par voie orale ou chimique ;
 - des dispositifs intra-utérins ou stérilets ;
 - du préservatif féminin ou diaphragme.
-

LA CONTRACEPTION PAR VOIE ORALE

Parmi les moyens anticonceptionnels actuels, la contraception par voie orale ("la pilule") ou contraception chimique fait figure de vedette. Son succès tient à plusieurs avantages : elle donne une sécurité inégalée ; elle apparaît comme une méthode indirecte non liée à l'acte sexuel ou aux organes génitaux et est, par conséquent, admise plus facilement sur le plan psychologique.

I - CHIMIE.

Les contraceptifs chimiques sont essentiellement des stéroïdes dérivés des hormones naturelles : oestradiol et progestérone, et des oestrogènes et progestatifs de synthèse.

Les progestatifs de synthèse sont ici les corps les plus intéressants. Ce sont les norstéroïdes qui dérivent de la testostérone (norstéroïde signifie qu'on a enlevé à la testostérone le radical méthyl en position 19 : NOR = NO RADICAL). Ils ne sont plus guère actuellement utilisés seuls comme contraceptifs, mais en association avec un oestrogène. Ce sont les oestro-progestatifs. L'intérêt de cette association réside dans le fait qu'elle permet de diminuer l'atrophie de l'endomètre, toujours observée lors du traitement par un progestatif seul, cela en permettant une diminution du dosage de cette substance.

L'oestrogène utilisé est soit le MESTRANOL,

soit 1'ETHINYLOESTRADIOL à la dose de 50 à 150 gam-
mas. La dose du progestatif varie entre 1 mg et
10 mg, suivant les spécialités.

Nous disposons actuellement, en France, de nom-
breuses spécialités.

Leur composition et leur posologie sont indi-
quées dans le tableau ci-dessous, emprunté à J.
GUEGUEN.

A- PROGESTATIFS SANS ASSOCIATION D'OESTROGENES.

I- DERIVES DE LA 19 NORTESTOSTERONE.

a)- 3 oxy-19 nortestostérone.

- Norethistérone Norluten (Gremy-Longuet)
ou Norethindrone,
ou 17 α éthynyl, Δ 4 (5), 19 nortestostérone.

Inhibition avec 5 mg par jour.

- Noréthynodrel,
ou 17 α éthynyl, Δ 5 (10), 19 nortestostérone.

Inhibition avec 5 mg par jour.

- Diacétate d'éthynodiol, ... Luto-métrodiol (Byla)
ou 17 α éthynyl Δ 4 oestrone, 3 β 17 β diol diacétate,
ou 17 α éthynyl - 19 nortestostérone diacétate.

Inhibition avec 2 mg par jour.

- Norgestrienone;
ou 3 céto 17 β hydroxy 17 α éthynyl, Δ 4, Δ 9, Δ 11
estratiène,
ou 17 α éthynyl trienolone.

b)- 3 désoxy - 19 nortestostérone.

- Lynoestrenol,
ou éthinylestrenol,
ou 3 désoxy - 17 α éthynyl - 17 β hydroxy -
 Δ 4 oestrène.

II- DERIVES DE LA 17 α HYDROXY PROGESTERONE.

- Acétate de Chlormadinone : Luteran (Cassenne)
ou 6 α chloro, 6 déhydro, 17 α acétoxyprogestérone.

Inhibition avec 2 mg par jour.

Pas d'action virilisante.

- Acétate de médroxy-progestérone : Farlutal (Spécia)
ou 6 α méthyl 17 α acétoxyprogestérone.

Possibilité d'action virilisante.

III- RÉTRO-PROGESTERONE.

- 6 déhydro rétroprogestérone : - Duphaston (Duphar)
ou dydrogestérone.

Considéré comme ne pouvant inhiber l'ovulation.

Pas d'action virilisante.

B - ASSOCIATIONS OESTRO-PROGESTATIVES.

M = Méthyl éther de 1'éthinyl-oestradiol ;

E = Ethinyl-Oestradiol.

I- DERIVES DE LA 19 NORTESTOSTERONE.

a)- 3 oxy-19 nortestostérone.

- Noréthindrone acétate 4 mg + E 50 γ : Anovlar 21
(Sepps-schering).
- Noréthynodrel 4 mg 325 + M 75 γ : Enidrel (Byla)
- Diacétate d'éthinodiol 2 mg + M 100 γ : Metrulène
(Byla)
- Diacétate d'éthinodiol 1 mg + M 100 γ : Ovulène
(Byla)
- Norgestrienone 2 mg + E 50 γ : Planor (Roussel)

Avec toutes ces associations, inhibition aux posologies indiquées ci-dessus.

b)- 3 désoxy - 19 nortestostérone

- Lynestrenol 5 mg + M 150 Y : Lyndiol (Organon).
- Lynestrenol 2,5 mg + M 75 Y : Ovariostat (Organon).
- Lynestrenol 2,5 mg + M 75 Y : Noracycline (Ciba).

Inhibition à ces posologies.

II- DERIVES DE LA 17 α HYDROXY-PROGESTERONE.

- Acétate de Chlormadinone 2 mg + E 50 Y : Lutestral (Cassenne).

Inhibition à cette posologie, mais le rapport n'est pas favorable et n'est pas présenté dans ce but.

C - ASSOCIATION POUR TRAITEMENT SEQUENTIEL.

a)- du 5e au 25e jour du cycle, donner :

- Ethinyl-Oestradiol 100 Y par jour.

b)- du 16e au 25e jour du cycle, ajouter un progestatif :

- soit de l'acétate de Chlormadinone 2 mg par jour (Lutéran)
- soit diacétate d'éthinodiol 2 mg par jour (Luto-Métrodiol)
- soit noréthistérone 5 mg par jour (Norluten)
- soit déhydrorétroprogestérone 10 mg par jour (Duphaston).

o o

Les produits les plus récemment commercialisés sont les plus faiblement dosés. Ceci représente un net progrès en matière de contraception chimique. On tend de plus en plus à les préférer aux premiers pro-

duits commercialisés (LYNDIOL - ENIDREL - NORLUTEN), car leur faible dosage, tant en progestatif qu'en oestrogène, permet de limiter beaucoup les effets secondaires imputables à la pilule. Aussi, on comprend que si 30 % des femmes ne supportaient pas la pilule en 1961, en raison des effets indésirables, 90 % la tolèrent actuellement.

Trois de ces produits, faiblement et judicieusement dosés, ont retenu notre attention au cours de cette étude. Il s'agit : du MILLI-ANOVLAR* des Laboratoires S.E.P.P.S., du STEDIRIL* des Laboratoires Wieth-Byla, de l'ORAC* des Laboratoires Allard.

II - MODE D'ACTION.

La pharmacologie de ces substances est dominée par leur action endocrinienne complexe. L'étude des différentes propriétés de ces hormones montre que l'action contraceptive se ferait selon trois mécanismes complémentaires :

- a)- Une inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires (FSH et LH) qui entraînerait une inhibition des mécanismes présidant à l'ovulation ;
- b)- Une action d'atrophie sur l'endomètre, enlevant à l'oeuf toute possibilité de nidation ;
- c)- Une modification de la glaire cervicale, la rendant impropre à l'ascension des spermatozoïdes.

D'où triple sécurité.

En fait, ces explications ne sont pas entièrement démontrées et on continue d'ignorer le mode d'action intime des progestatifs. Quoi qu'il en soit, la méthode est efficace et la sécurité contraceptive est quasi certaine. Cette efficacité est d'ailleurs la même quel que soit le produit utilisé, à condition, bien entendu, qu'une posologie suffisante soit respectée.

Les règles, ou plutôt les hémorragies de privation, surviennent le plus souvent trois jours après l'arrêt du traitement.

III - CONDUITE DE LA MÉTHODE.

Les stéroïdes considérés peuvent être utilisés comme contraceptifs selon plusieurs méthodes ; soit en agissant par inhibition ovarienne, soit en agissant par modification de la glaire cervicale.

Trois méthodes permettent, en effet, une inhibition à la fois de l'ovulation et de la sécrétion ovarienne d'oestrogènes et de progestérone.

a)- L'inhibition est réalisée en donnant tous les jours, du 5ème au 25ème jour du cycle, une association d'un progestatif avec un oestrogène. On sait que chacun de ces produits peut, à lui seul, déterminer l'inhibition ovarienne. On double ainsi la sécurité. On équilibre les doses de telle sorte que leur action sur la muqueuse utérine n'entraîne pas de métrorragies. L'association permet en outre de donner une dose minima, en particulier d'oestrogènes, responsables de beaucoup d'effets secondaires.

b)- L'inhibition peut aussi être réalisée en administrant ces mêmes jours un progestatif seul. Cette méthode, qui fut la première utilisée, ne l'est plus aujourd'hui, du fait de l'atrophie considérable de l'endomètre qui en découle.

c)- La troisième méthode ou méthode séquentielle réalise cette même inhibition en donnant, du 5ème au 25ème jour, un oestrogène et en lui associant, du 16ème au 25ème ou du 20ème au 25ème jour, un progestatif.

La modification de la glaire cervicale, autre moyen de contraception chimique, est obtenue en employant durant tout le cycle une petite dose de progestatif. Avec cette petite dose, ovulation et sécré-

tion ovarienne ne sont pas inhibées ; l'endomètre est peu modifié. Seule, théoriquement, est modifiée la composition physico-chimique de la glaire cervicale, ce qui aboutit à un empêchement à l'ascension des spermatozoïdes. On utilise ici l'acétate de CHLORMADINONE (Nacényl), à la posologie de 0,5 mg par jour. L'efficacité de cette dernière méthode prête à discussion. On note avec ce produit des métrorragies et des troubles des règles dans la proportion de 30 % des cas.

IV - LES INDICATIONS.

Cette méthode demeure et doit demeurer, en raison de son efficacité, la méthode de choix chaque fois qu'il existe une indication médicale, morale ou sociale impérieuse à la contraception. En particulier, elle s'adresse aux femmes jeunes, leur permettant d'aborder la vie sexuelle sans crainte d'une grossesse indésirée. C'est donc une méthode de contraception temporaire.

A l'opposé, une autre excellente indication est celle de la femme en période de pré-ménopause. On assiste chez elle à une régularisation de son cycle, à une absence de bouffées de chaleur, bref à un retour à un équilibre hormonal avec tous les bienfaits physiques et psychologiques à en attendre.

Citons aussi certaines affections qui sont de bonnes indications au traitement anticonceptionnel par les progestatifs. Tels sont les cas :

- des ovarites polykystiques ;
- des troubles fonctionnels menstruels ;
- du syndrome de Stein Loewental ;
- de certains kystes fonctionnels ;
- de certaines spanioménorrhées ;
- de l'acné ;
- de certaines dyspareunies par élimination de l'angoisse d'une grossesse non désirée ; de certaines frigidités ayant la même cause ;
- des hyperandrogénies ovariennes.

V - LES CONTRE-INDICATIONS.

Les contre-indications au traitement par les oestro-progestatifs sont peu nombreuses, car la toxicité de ces produits paraît peu importante. Elles commencent à être bien connues et demandent à être respectées scrupuleusement si l'on veut éviter les accidents parfois graves décrits par la littérature. Elles sont aisément mises en évidence grâce à l'interrogatoire et à l'examen clinique de toute femme qui demande une méthode contraceptive. Il s'agit :

- du fibrome, en raison des risques de dégénérescence oedémateuse ou de nécrobiose aseptique ;
- des troubles psychiques, car ils sont souvent aggravés par les progestatifs (dépressions) ;
- des troubles psychiatriques graves, car la femme est incapable de la discipline de prise imposée par la méthode ;
- de la comitialité, car il existe un risque de décompensation ;
- des cancers ;
- des hépatites, car il existe une possibilité de survenue d'un ictère cholestasique (à vrai dire, cela est exceptionnel) ;
- des varices et des antécédents de thrombophlébite, bien que les explorations de la coagulabilité sanguine n'aient pas montré de modifications significatives et que le rôle thrombogène de la pilule soit loin de faire l'unanimité des auteurs ;
- le diabète, les hyperlipémies, certaines néphropathies, les hypertensions ;
- de façon moins stricte, on déconseille également ces produits dans les obésités ;

- enfin, la grossesse, car un traitement entrepris au début de la gestation risque, de par ses propriétés androgènes, de masculiniser le foetus;

- l'allaitement.

VI - INCIDENTS ET EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT.

Ils sont très fréquente et sont généralement observés au début du traitement ; ils finissent en général par disparaître ensuite complètement. Nous avons pu noter :

- une prise de poids ;

- des troubles digestifs : nausées, plus rarement vomissements, gastralgies ;

- un gonflement douloureux des seins, voire de véritables mastodynies, ainsi que des masses dans les seins ;

- des leucorrhées visqueuses qui peuvent être de deux types, soit par hypersécrétion cervicale (méthode séquentielle), soit bactérienne ou mycotique, dues au déséquilibre hormonal créé par la pilule au niveau du vagin ;

- des céphalées, encore que très souvent nous avons pu constater une amélioration franche de céphalées antérieures au traitement ;

- des hémorroïdes, ainsi qu'une augmentation des désordres circulatoires mineurs, tels que jambes lourdes et varicosités ;

- des hémorragies minimes ou plus importantes qui cèdent à une augmentation momentanée des doses quotidiennes ;

- une absence d'hémorragie de privation, qui inquiète la femme et l'amène à consulter. Il

faut soigneusement l'avertir de la possibilité de cette éventualité et bien lui indiquer de reprendre le traitement six jours après son arrêt, même en l'absence de saignement. Ceci non observé, on a vu l'existence de grossesse ;

- pigmentation du visage analogue au masque de la grossesse ;

- augmentation de la sudation ;

- les troubles nerveux méritent une attention particulière. La contraception touche trop nettement à la vie sexuelle et à la personnalité pour que l'on n'observe pas un retentissement psychologique. Bien que, le plus souvent, en améliorant la vie sexuelle et familiale par disparition de l'obsession de la grossesse, on améliore aussi l'état nerveux des deux conjoints, il arrive qu'à l'opposé on observe une nervosité croissante. La libido est le plus souvent améliorée, mais dans un certain nombre de cas il survient une frigidité. Celle-ci est alors liée à la thérapeutique et disparaît dès que l'on arrête le traitement. Il faut cependant distinguer ces frigidités transitoires des troubles que l'on voit apparaître chez certains couples à qui aucune méthode de contraception ne convient et chez qui la contraception est génératrice d'angoisse. Il s'agit alors de couples où règne une mécontentement profonde et chez qui la crainte de la grossesse est le prétexte idéal à la diminution des rapports. En supprimant le prétexte, on voit surgir des conflits profonds jusque là compensés ;

- On n'a pas constaté d'hirsutisme ;

- Nous n'avons pas non plus constaté une perte notable des cheveux.

VII - CONCLUSION.

Après cette énumération des indications, des contre-indications, des complications attribuées avec

plus ou moins de certitude à l'emploi des oestro-progestatifs dans un but contraceptif, il importe de souligner :

- que ces produits ne peuvent être prescrits que par un médecin connaissant sa patiente, d'où la nécessité d'un examen clinique approfondi et d'une surveillance attentive de toute femme utilisant ce mode de contraception.

C'est ainsi qu'à Baudelocque, les femmes sont revues systématiquement le premier mois, puis à la fin du troisième mois de traitement, deux fois par an ensuite. On leur demande d'interrompre la méthode au bout de deux ans, afin de faire un bilan. Cet arrêt est d'au moins un mois, au cours duquel nous demandons aux femmes de faire une courbe de température. Si l'ovulation se produit, si les règles surviennent normalement, la méthode est reprise. Dans le cas contraire, nous demandons des dosages hormonaux des métabolites ovariens dans les urines, ainsi qu'une biopsie d'endomètre.

Ces conditions remplies, il semble qu'avec le recul actuel nous puissions éliminer une action cancérogène de ces produits. D'après la majorité des auteurs français et étrangers, il n'existerait pas de modification de la fertilité après utilisation des contraceptifs oraux ; les enfants conçus après ces traitements ne présentent pas une augmentation de fréquence des anomalies congénitales, des morts fœtales ou de la mortalité péri-natale. L'âge de la ménopause n'est pas retardé ; la fertilité ne semble pas augmentée et nous ne pensons pas que le phénomène dit de rebond soit une réalité indiscutable. Nous pouvons penser que les contraceptifs oraux ne risquent pas d'avoir une conséquence génétique néfaste. Pour les femmes qui désirent un enfant après l'arrêt du traitement, il faut leur conseiller de laisser passer deux cycles normaux avant la conception. En effet, il a été démontré que, parmi les fausses-couches spontanées survenant après l'arrêt de la pilule, il y a un nombre important de malformations fœtales (BOUÉ). Cependant,

il est à remarquer que ce nombre de malformés n'est pas plus grand que celui que l'on trouve lors de fausses-couches spontanées survenant immédiatement après un accouchement ou un autre avortement.

Toutefois, il convient de rester prudent. Nous ne disposons en effet que de douze années de recul. S'il est maintenant certain que les progestatifs administrés durant un temps restreint (moins de cinq ans) sont dépourvus de danger, nous ne pouvons présumer ni les éventuels effets à longue distance, ni quels sont les risques courus par les femmes qui continueront à consommer ces médicaments pendant de longues périodes.

LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS OU STÉRILETS

Le stérilet est un appareil à placer dans la cavité utérine. Il entraîne par sa présence une impossibilité de grossesse, du moins dans la majorité des cas, et disons tout de suite que son efficacité est bien moindre que celle des oestro-progestatifs. Les différentes statistiques montrent, en effet, un pourcentage de 2 à 3 % de grossesses sur stérilet.

Cependant, considérée à long terme, cette méthode est intéressante. Si les femmes sont nombreuses à utiliser pilule et diaphragme, il semble qu'elles les abandonnent assez rapidement, car toute collaboration active des femmes à une méthode contraceptive est vouée à l'abandon à plus ou moins brève échéance. A l'opposé, le stérilet, quand il est bien supporté, est oublié par la femme. Sur le plan psychologique, cela représente un très grand avantage.

I - LES APPAREILS.

Ils sont en polyéthylène, déformables quelques instants, le temps de les introduire, pour reprendre aussitôt leur forme antérieure. Ils sont chargés de baryum de façon à les rendre visibles à la radio. Il en existe deux sortes :

- les appareils ouverts :

- . la boucle de LIPPES,
- . la spirale de MARGULIES,
- . le Staftcoïl ou double spirale ;

- les appareils fermés :

- . anneau de GRAFFENBERG,
- . noeud de BIRNBERG,
- . l'oméga du Dr. MALGOUYAT.

Les deux modèles les plus utilisés sont la spirale de MARGULIES et la boucle de LIPPES.

= La spirale de MARGULIES réalise une spirale plane se terminant par une tige moniliiforme (7 perles). Les deux modèles les plus courants ont un diamètre (spirale) de 29 et 33 mm ; la longueur, quand étirée, est respectivement de 150 et 170 mm.

= La boucle de LIPPES consiste en la fusion de deux S, de telle sorte que le stérilet réalise cinq lames horizontales. Elle est terminée par une suture de nylon qui seule émerge du col.

Leur intérêt à toutes deux réside du fait de leur élasticité qui permet leur insertion sans dilatation cervicale préalable (donc moins de risque d'infection).

II - LES INDICATIONS A LA POSE D'UN STÉRILET.

Le but de cette méthode a été initialement de tenter d'arriver à la suppression de l'avortement thérapeutique et de la ligature des trompes. Cette méthode s'adresse donc particulièrement :

- aux malades porteuses de troubles psychiatriques majeurs et incapables de se soumettre à un autre mode de contraception ;

- à toute femme justiciable d'une contraception définitive : grandes multipares ; femmes ayant fait des accidents d'incompatibilité Rhésus ; obèses diabétiques ; femmes ayant subi des césariennes itératives. Chez ces dernières, on pourrait penser que le fait d'avoir subi une césarienne rend impossible sans risque la pose d'un stérilet. Il n'en est rien, du moins en ce qui concerne la césarienne segmentaire

basse dont la cicatrice disparaît pratiquement avec le segment inférieur au cours de l'involution utérine. En cas de césarienne corporeale (en principe, de plus en plus rare), la pose du stérilet, si elle reste possible, nécessite une grande prudence.

Par extension, on recourt au stérilet, même si on ne l'a pas choisi d'emblée, dans toutes les contre-indications des traitements oestro-progestatifs: antécédents thrombo-emboliques, cancers, hépatite, varices importantes...

De même, toutes les fois où l'usage d'un diaphragme a été impossible pour des raisons anatomiques locales ou psychologiques.

III - LES CONTRE-INDICATIONS.

Elles sont peu nombreuses, mais formelles si l'on veut éviter les accidents imputables au stérilet : perforation, hémorragies graves, infection génératrice de stérilité.

Ce sont :

- évidemment, la grossesse ;
- le fibrome ;
- les antécédents de curetages à répétition, voire la césarienne corporeale ;
- Nous refusons toujours les indications dites "de convenance". Nous refusons, en effet, le stérilet à la jeune femme paucipare, au couple cherchant simplement à espacer les naissances et, à plus forte raison, à la jeune fille ou à la jeune femme nullipare, cela en raison des risques infectieux possibles générateurs de stérilité, ainsi que de la mauvaise tolérance dans ces cas-là.
- Nous éliminons également les femmes ayant

une hyperplasie muqueuse et celles qui ont tendance à saigner.

- Les cervico-vaginites seront d'abord traitées énergiquement sur ce plan. Nous insistons beaucoup sur ce dernier point et c'est systématiquement que nous instituons un traitement antibiotique avant et après la pose de l'appareil.

IV - LES INCONVENIENTS.

On observe environ 5 % d'effets secondaires indésirables. Ce sont des douleurs abdomino-pelvienne qui restent supportables ou bien des ménorragies : augmentation des règles en durée et en quantité, petites pertes sanglantes au milieu du cycle. En général, les femmes les acceptent avec philosophie. Il est rare que les patientes ou leur mari se plaignent d'une gêne lors des rapports. Nous n'avons pas rencontré de frigidité.

Les expulsions seraient fréquentes (20 %) pour beaucoup d'auteurs. Les expulsions méconnues sont cause de la moitié des grossesses. C'est dire l'intérêt des modèles qui permettent à la femme de vérifier elle-même la persistance de l'appareil avant le rapport. Elles ont lieu la plupart du temps dans les premières semaines qui suivent l'insertion, et particulièrement au moment des premières règles. On propose alors une réinsertion qui n'est cependant pas toujours suivie de succès.

V - LES COMPLICATIONS VÉRITABLES.

Elles ne sont pas rares. Ce sont :

= Les perforations :

Elles siègent habituellement au fond utérin, pouvant être de petite taille ou s'étendre à la moitié du fond utérin.

Le stérilet reste le plus fréquemment dans le petit bassin, mais miare parfois dans l'abdomen. Il est alors responsable d'occlusion intestinale.

Plusieurs hypothèses sont émises quant au mécanisme de perforation : position de l'organe, surtout compétence du médecin et moment d'insertion par rapport au post-partum.

La ligne de conduite pour les éviter est :

- de respecter les contre-indications ;
- de ne pas utiliser la boucle de Birnberg, mais lui préférer la spirale de Margulies et le serpent de Lippes ;
- l'examen clinique et l'hystérométrie doivent être faits systématiquement avant l'insertion qui doit être douce ;
- l'insertion ne devrait pas se faire avant le troisième mois du post-partum (en principe, car il est des indications psychiatriques urgentes).

= Les métrorragies importantes, quand elles surviennent, nécessitent l'ablation d'urgence de l'appareil.

= Les infections nous semblent moins fréquentes que les métrorragies graves. Nous pensons que cela vient du fait que nous nous entourons de beaucoup de précautions au moment de l'insertion (rejet des infectées, antibiothérapie systématique).

Il s'agit d'endométrites ou de l'infection des trompes. Toute infection nécessite en règle l'ablation du stérilet. La guérison est rapide sous antibiotiques, mais nous faisons une réserve sur la perméabilité ultérieure des trompes qui devra être vérifiée par hystéroggraphie après extinction de l'infection.

VI - SUR LE PLAN PRATIQUE.

L'examen clinique soigneux préalable est capital. Nous n'y reviendrons pas. Notons toutefois qu'il est essentiel ici de bien rechercher les empâtements annexiels (Une N.F.S. et une V.S. pourront, dans certains cas, être utiles.), les infections du col du vagin, les rétro- et antéflexions et les rétro- et antéversions. Toute femme infectée sur le plan génital sera préalablement traitée.

Quoi qu'il en soit, une couverture antibiotique systématique sera mise en oeuvre. Cette précaution nous semble très utile, quoi qu'en disent plusieurs auteurs.

Grâce à cela, nous n'avons pas observé, quant à nous, d'infection après la pose d'un stérilet. Nous prescrivons, dans la majorité des cas, de la CYCLOMYCETINE, à raison de deux comprimés quatre fois par jour, quatre ou cinq jours après la pose de l'appareil. Localement, nous demandons à la femme de pratiquer des injections vaginales d'un antiseptique (MERCRYL) et d'introduire une association d'ovules de CYCLINE et de MYCOSTATINE dix jours avant la pose.

Il est conseillé, lors de l'insertion, de garder un repos au lit de trente-six à quarante-huit heures, avec des suppositoires antispasmodiques.

Nous préférons insérer l'appareil pendant les règles. Ceci a l'avantage, outre d'éliminer (en principe !) la possibilité d'une grossesse, celui d'avoir un col bien perméable d'emblée.

Nous procédons à l'insertion, ayant pris la précaution de revêtir une paire de gants stériles; après avoir introduit un spéculum de Collin, le col est largement badigeonné d'une solution antiseptique ; il est saisi avec une pince à griffes, afin d'avoir un point d'appui et pour redresser l'utérus. Nous procédons alors à une hystérométrie pour préci-

ser direction et hauteur de l'utérus.

Le dispositif intra-utérin est alors préparé :

- la bague index est ajustée selon les résultats de l'hystérométrie ;
- l'extrémité large du stérilet (type Lippes) est introduite dans la canule (inserteur). On pousse alors le reste de la boucle pour l'insérer totalement dans le tube ;
- on introduit le mandrin.

Insertion du D. I. U. :

- On introduit doucement la canule appareillée jusqu'à ce que la bague vienne s'appliquer contre l'orifice externe du col.
- Le plus grand diamètre de la boucle est alors orienté dans le sens antéro-postérieur de la patiente.
- Le mandrin est poussé lentement et la boucle est expulsée dans l'utérus en reprenant sa forme initiale.
- On retire ensuite mandrin, puis canule.

Seuls restent visibles dans le vagin les fils témoins ; ceux-ci ne devront pas être laissés trop longs, pour éviter gêne et leucorrhées. Mais ils ne seront coupés qu'à la visite de contrôle, car très souvent les fils, coupés courts dès l'insertion, remontent à l'intérieur du col.

Aucune anesthésie n'est nécessaire ; seule, une prémédication antispasmodique est administrée chez les femmes nerveuses et anxieuses.

Il faut toujours noter des insertions difficiles dans les utérus scléreux ou myomateux. Il y a souvent un éconec de la méthode dans ce cas, et l'on est amené rapidement à l'ablation dans les semaines suivantes, pour douleurs et métrorragies.

Nous prévenons les femmes des métrorragies parfois abondantes qui suivent l'insertion, pendant quelques jours. Nous les rassurons et nous les informons du fait qu'elles vont avoir des règles plus longues et plus abondantes. Nous leur montrons l'appareil avant insertion et nous leur disons bien qu'elles doivent vérifier son absence dans le vagin avant chaque rapport. Elles doivent sentir les fils de nylon qui sortent du col. Nous leur conseillons d'abandonner la pratique des tampons vaginaux, pour ne pas risquer d'extraire le stérilet en tirant sur le fil.

Nous insistons pour les revoir huit jours après l'insertion, puis trois mois après et ensuite tous les six mois.

Si l'on est amené à devoir ôter l'appareil, il suffit de prendre les fils vaginaux dans une pince et de tirer doucement. L'extraction est très facile et peu hémorragique.

VII - Nous serons très bref en ce qui concerne la question d'absence des stérilets, car celui-ci reste mystérieux.

La question se pose, toujours la même, à savoir si les dispositifs intra-utérins s'opposent à l'implantation de l'oeuf fécondé ou s'ils se bornent à empêcher, par leur présence, la fécondation. Il semble qu'ils agissent en augmentant le péristaltisme des trompes.

"On n'a jamais pu établir que le D. I. U. produisait un avortement pré-clinique ou des modifications endométriales empêchant l'implantation de l'oeuf fécondé. La migration des spermatozoïdes s'effectue de manière normale et l'on n'a pas noté de spasmes des trompes. Des expériences tentées sur guenons tendraient à montrer que les dispositifs agissent en accélérant le passage de l'ovule dans les trompes, passage qui se ferait en un jour, ou même

moins, au lieu de trois à quatre jours. Pour ces raisons, l'ovule ne serait pas fécondé." (MENKES).

LES PRÉSERVATIFS FÉMININS OU DIAPHRAGMES

Le plus employé des préservatifs féminins est le diaphragme de caoutchouc. C'est un disque de 60 à 65 mm de diamètre, selon la taille (graduation de diamètre de 2,5 mm en 2,5 mm).

Il est destiné à s'accrocher par son rebord qui est anneau rigide : en avant, derrière la symphyse pubienne ; en arrière, dans le cul-de-sac postérieur devant le sacrum. Il recouvre le col et le fond vaginal. Il est maintenu en place par sa tension propre et aussi par la tonicité du vagin.

Le diaphragme est employé enduit de chaque côté d'une gelée spermicide qui renforce la sécurité mécanique du diaphragme. Avant chaque rapport, quelle que soit la date du cycle, la femme doit utiliser obligatoirement l'obturateur associé au spermicide.

Prescrire un diaphragme va nécessiter :

- un examen gynécologique soigneux, au cours duquel est choisi et essayé le diaphragme ;
- un enseignement de la patiente.

= L'examen gynécologique permet d'éliminer :

- une vaginite, une cervicite ;
- un prolapsus ;
- un relâchement périnéal trop important (grande multipare avec périnée déchiré) ;

- une cystocèle où n'existe aucun point d'impact antérieur ;

- un cul-de-sac postérieur, bridé ou comblé par un kyste ou un fibrome important.

Ces affections contre-indiquent, en effet, l'emploi de cette méthode contraceptive.

Il faut également déconseiller la méthode aux femmes qui ont une saillie pubienne peu développée, ainsi qu'à celles qui ont une paroi vaginale antérieure plate.

= L'enseignement de la méthode est très important. Il faut s'assurer que la femme a bien compris la technique. On doit lui laisser mettre elle-même le diaphragme et le lui enlever après avoir vérifié s'il était bien placé. Un contrôle a lieu quelques jours plus tard, afin de voir si la technique est bien appliquée. On doit conseiller de conserver le diaphragme en place pendant 5 heures après le rapport. Après ce laps de temps, on admet que tout le sperme est inhibé.

Après tout accouchement, il faut s'assurer que le diaphragme utilisé a toujours une taille correcte, de même après un amaigrissement ou une prise de poids de 4 à 5 kg.

INDICATIONS DE LA MÉTHODE

Cette méthode ne comporte aucun danger. C'est là son grand intérêt. Nous conseillons des obturateurs à toutes celles qui nous en font la demande, compte tenu des indications et des contre-indications anatomiques. Le diaphragme nous semble une excellente formule pour un certain groupe de femmes qui supportent physiquement et mentalement la manipulation locale nécessaire. Nous conseillons volontiers le diaphragme aux femmes dont la vie conjugale nous semble équilibrée, femmes matures, peu sujettes à se

laisser agresser par le côté "technique" de la méthode. Nous le préconisons également aux célibataires qui ont des rapports occasionnels.

Par contre, nous refusons la méthode aux jeunes mariées inexpérimentées, ainsi qu'aux timides, aux anxieuses, aux inquiètes.

Il faut bien dire que la popularité de cette méthode est actuellement en baisse, devant la pilule et les dispositifs intra-utérins. Bien que le diaphragme n'ait pas dénérité, son côté fastidieux conduit les femmes à l'abandonner.

Signalons que les gelées favorisent des poussées mycosiques sur un terrain prédisposé ; que l'oubli du préservatif pendant quelque temps provoque une vaginite liée au corps étranger ; qu'une gêne légère peut être ressentie, en particulier avec un diaphragme trop grand. Il n'y a jamais eu ni blessure, ni lésion infectieuse déclenchées par le port de l'obturateur. Si l'acceptation psychologique est bonne, il n'y a aucune raison que la qualité du rapport sexuel s'en ressente.

Quant à son efficacité, elle est difficile à apprécier. Le pourcentage d'échecs varie, selon les auteurs, de 8,8 à 33,6 % A.F..

o

Dans notre étude sur les problèmes de contraception rencontrés en milieu hospitalier, il nous a été, en vérité, très difficile de nous faire une opinion exacte sur cette dernière méthode. Bien que nous ayons été, à plusieurs reprises, sollicité pour prescrire un diaphragme, nos patientes ont, pour la plupart, négligé de revenir consulter par la suite.

LES RÉSULTATS

1/- L'enquête a porté sur 307 femmes vues en consultation.

Elles provenaient en général de classes moyennes. Elles se sont montrées, pour la plupart, intelligentes et coopératives. Le nombre limité de cette série nous a permis de recueillir les résultats d'une manière précise, complète et surtout uniforme. Le médecin investigateur a toujours été le même.

2/- Les caractéristiques du groupe étudié peuvent être résumées par le tableau ci-dessous :

Ages extrêmes		17 ans - 47 ans
Distribution selon les âges	16 - 17	1
	18 - 35	255
	36 - 45	48
	46 - 50	3
Nullipares		31
Femmes ayant un seul enfant		57
2 à 4 enfants		180
Plus de 4 enfants		39

3/- Les indications de la contraception ont été les suivantes :

- Cardiopathies : 16 cas.
- Rhésus : 45 cas
- Psychiatrie . : 16 cas
- Asthme grave : 1 cas
- Après avortement : 40 cas
- Césariennes itératives : 41 cas
- Grandes multipares : 74 cas
- Affections rhumatismales graves : 4 cas
- Raisons sociales : 70 (nombreuses jeunes étudiantes).

4/- La méthode contraceptive employée a été :

- Contraceptif oral ("pilule") : 206 cas
- Stérilet : 60 cas
- Diaphragme : 41 cas.

5/- Efficacité :

Parmi les 307 cas étudiés, il a été observé une seule grossesse due à une faille de la méthode. Il s'agit d'une grossesse sur stérilet. Ce cas a nécessité, pour des raisons psychiatriques et médico-sociales graves, l'interruption thérapeutique de la grossesse. Cette femme avait, en effet, trois enfants, tous débiles mentaux, car elle était porteuse d'une tare génétique transmissible ; elle menaçait de se suicider.

6/- En ce qui concerne LES CONTRACEPTIFS ORAUX, il a été noté les points suivants :

- a)- Nombre de cas : 206.
- b)- Tolérance : 190 fois.

La tolérance est :

- soit primaire : produit d'emblée bien supporté : 50 cas ;

- soit secondaire : 140 fois ; il a été nécessaire, au moins une fois, de changer de médicament. Le plus souvent, la prescription d'une dose moindre, plus judicieuse (oestro-progestatifs nouvellement commercialisés), a permis une tolérance très satisfaisante.

c)- Echecs :

Ils sont au nombre de seize. Seize fois, en effet, la méthode a dû être abandonnée. Les raisons d'abandon du traitement ont été consignées dans le tableau ci-après :

Nausées et troubles digestifs (gastralgies)	2
Nervosité	3
Métrorragies per-thérapeutiques	2
Gain de poids excessif	1
Leucorrhée glaireuse	2
Nodule du sein	2
Pigmentation du visage	1
Dysménorrhée	1
Syndrome dépressif	1
Absence d'hémorragies de privation	1

Ce faible pourcentage d'abandon du fait de l'apparition d'un effet secondaire gênant tient à ce que l'indication est soigneusement raisonnée au départ et que les contre-indications des progestatifs sont bien observées.

Grâce à ces précautions, nous n'avons pas observé les accidents graves décrits par la littérature.

d)- Les effets secondaires sont nombreux et divers :

Nombre de patientes présentant au moins une manifestation d'intolérance ou un effet secondaire au cours des premiers cycles	140
	Nombre de cas
Pesanteur pelvienne	17
Dysménorrhée	7
Nausées	150
Nervosité	26
Métrorragies per-thérapeutiques ...	19
Métrorragies plus abondantes	6
Céphalées	22
Leucorrhée	120
Mastodynie	14
Diminution de la libido	10
Apparition d'un syndrome dépressif mineur	11
Augmentation de la sudation	5
Manifestations cutanées	2
Prise de poids (2 kg en moyenne) ..	80
Absence d'hémorragies de privation	2
Dyspareunie	5

Nous avons noté un grand nombre de troubles du cycle menstruel : métrorragies distillantes per-thérapeutiques et métrorragies plus importantes,

surtout avec la méthode chimique consistant à prescrire une petite dose de progestatif tout au long du cycle, dans le but de modifier seule la composition physico-chimique de la glaire cervicale (acétate de Chlormadinone ou NACENYL).

Leucorrhées et pertes visqueuses et glaireuses ont surtout été observées avec la méthode dite "séquentielle". Cela semble dû à une augmentation de la glaire cervicale sous l'influence des oestrogènes donnés seuls du 5ème au 14ème jour du cycle (ORAC).

Notons, en ce qui concerne les céphalées :

- soit une apparition (effet secondaire) ;
- soit, paradoxalement, une disparition de céphalées (migraines notamment) préexistantes au traitement.

e)- Réversibilité de la méthode :

Elle a pu être mise en évidence quatre fois. Une ovulation (contrôlée par la courbe de température) a suivi, dans tous les cas observés, l'arrêt du traitement.

Les grossesses ont été suivies dans le Service. Elles se sont déroulées tout à fait normalement. Les femmes ont accouché à terme d'enfants bien formés. A noter cependant la survenue d'une grossesse gémellaire.

7/- En ce qui concerne les dispositifs intra-utérins :

- a)- Nombre de stérilets posés : 60.
- b)- Succès : 48.
- c)- Echecs : 12.

Les points qui ont retenu notre attention au cours de l'étude des dispositifs intra-utérins s'inscrivent dans le tableau ci-dessous :

1ère technique de contraception	51
Autres techniques utilisées avant	9
Autres méthodes impossibles	46
Avortements antérieurs	0 11
	1 6
	2 8
	3 13
	4 5
Nombre d'enfants	0 3
	1 7
	2 16
	3 24
	4 9
	5 4
	6 1
	8 1
Césariennes antérieures	1 4
	2 5

Indications :

- Psychiatrique	16
- Cardiaque	5
- Grande multipare	13
- Dermatologie	2
- Rhumatismale	1
- Incompatibilité Rh	23

Effets secondaires :

- Saignements intermenstruels	36
- Hémorragie importante	5
- Règles augmentées en durée et en quantité	52
- Leucorrhée	48
- Douleurs : pelviennes	23
lombaires	18
dyspareunie	2
- Frigidité	0
- Gêne du mari	1
- Perforations	0
- Expulsions	2
Grossesse	1

De cette étude de 60 cas, nous pouvons tirer :

- Un bon coefficient de succès.

- 12 cas où il a été nécessaire de pratiquer l'ablation de l'appareil. Ces 12 cas se répartissent comme suit :

Hémorragie importante	5
Douleurs très importantes ...	4
Embolie pulmonaire chez une cardiaque	1
Leucorrhée rebelle	2

Il ne semble pas que le stérilet soit en cause dans la survenue de l'embolie pulmonaire chez la cardiaque ; pourtant, l'ablation de l'appareil semblait préférable.

- Il n'a pas été noté d'infection annexielle ni de perforation. Cela tient, à notre sens, au respect formel des contre-indications, à un traitement antibiotique systématique, à une technique d'insertion sûre.

- Nous avons cependant noté :

. une grande fréquence des saignements intermenstruels, ainsi qu'une augmentation quasi constante de la durée et du volume des règles ;

. une grande fréquence également des leucorrhées. Il s'agit d'une leucorrhée d'irritation, due à la présence dans l'utérus du corps étranger, un peu comme l'oeil réagit au port d'une lentille de contact ;

. ainsi que la présence non négligeable de douleurs lombaires et pelviennes ; en général, celles-ci furent discrètes, surtout observées au moment des règles ou bien en période d'ovulation. Des antispasmodiques ont le plus souvent soulagé les patientes.

- 9 fois, il a été pratiqué la pose d'un stérilet après que la femme eut subi une ou deux opérations césariennes ; il n'y a pas eu de problème particulier de tolérance (Il s'agissait à chaque fois de césarienne segmentaire basse.).

CONCLUSIONS

"Même si la contraception n'obtenait que la suppression au moins presque totale des avortements artisanaux, ce serait déjà, pour tout homme de coeur, un énorme avantage." (Marcel PERRAULT)

Les problèmes contraceptifs préoccupent beaucoup les médecins. Les praticiens sont, en effet, confrontés tous les jours avec les problèmes techniques, psychologiques et moraux que pose la prescription d'une méthode de contraception.

Nous avons voulu faire le point en ce qui concerne l'aspect technique, en milieu hospitalier, des trois méthodes les plus généralement utilisées.

La contraception s'inscrit désormais au chapitre thérapeutique. Prescrire une méthode contraceptive consiste donc à connaître parfaitement cette question, et nous nous sommes efforcé de dégager les idées qui dictent cette thérapeutique.

L'étude de 307 dossiers de femmes ayant consulté pour un problème de contraception nous a permis de préciser :

- les principales indications médicales et médico-sociales d'une contraception ;
- le choix de la méthode, fonction d'un cas qui est toujours un cas particulier ;
- les incidents et les accidents pouvant être

imputés à telle ou telle technique.

Nous avons dénombré :

- 206 fois l'usage de la méthode orale (œstro-progestatifs) ;
- 60 fois la mise en place d'un dispositif intra-utérin ;
- 41 fois l'usage d'un diaphragme.

Ce travail nous a permis de constater que, quelle que soit la méthode employée, les accidents graves sont exceptionnels. Ceci tient, à notre sens, aux soins apportés aux examens cliniques et éventuellement paracliniques, qui tendent à guider dans le choix de la méthode et à déterminer les contre-indications.

La contraception confiée à un médecin bien au courant de la question n'est pas nocive pour la santé de la femme.

En ce qui concerne les contraceptifs oraux, nous avons noté 190 succès.

16 fois, il a été nécessaire de faire interrompre la méthode pour un effet secondaire gênant, mais non grave. Ce très faible pourcentage d'abandons tient aux faits que la prescription a été déterminée en l'absence de toute contre-indication et que les femmes ont été régulièrement suivies durant toute la durée du traitement.

L'efficacité contraceptive a été de 100 %.

Nous avons pu constater, à plusieurs reprises, à l'arrêt du traitement, la survenue d'un certain nombre de grossesses désirées. Grossesses et accouchements ont été normaux. Les nouveau-nés ne présentaient aucune malformation. Ceci confirme bien l'entière réversibilité de la méthode. Notons cependant qu'une des grossesses a été gémellaire. Nous pensons

qu'il ne s'agit là que d'une coïncidence.

Le diaphragme, du fait de son innocuité, nous semble une méthode très intéressante. Malheureusement, la plupart des femmes, une fois appareillées, n'ont pas cru bon de revenir consulter. Notre étude a donc été limitée aux indications et à la conduite à tenir.

En ce qui concerne les 60 cas où a été pratiquée la mise en place d'un stérilet, nous notons la survenue d'une grossesse et de 5 hémorragies suffisantes pour nécessiter l'ablation de l'appareil. Grâce aux précautions employées (notamment prescription systématique d'antibiotiques), nous n'avons pas constaté d'infection grave ni de perforation. Nous dénombrons deux expulsions.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

F. LEPAGE

OUVRAGES CONSULTÉS

- LA CONTRACEPTION. Monique PELLERIN. Paris, Librairie Maloine, 1969.
 - LA LIMITATION MEDICALE DES NAISSANCES. R. GERAUD. Union Générale d'Édition, 1968.
 - STERILITE ET CONTRACEPTION. HERVET et BARRAT. Baillière et Fils, 1968.
 - SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE : "Vers la suppression de l'avortement thérapeutique et de la ligature des trompes : le stérilet". P. SIMON. 1965.
 - PRÉCIS DE CONTRACEPTION. P. SIMON. Masson.
 - BULLETINS MÉDICAUX, de l'I.P.P.F..
 - LA RÉGULATION DE LA CONCEPTION. W. GEISENDORF (Genève). E.M.C.-
 - "LA PILULE". Gazette Médicale de France, Octobre 1968.
 - LES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS. J.R. GIRAUD. E.M.C., 1966.
-

